

Anmelde- und Anamnesebogen

Name, Vorname, geb. am : _____

Adresse: _____

Tel./Handy: _____

Arbeitgeber/ Tel.: _____

Krankenkasse: _____

Versicherter (falls abweichend von Patient):

Name, Vorname, geb. am: _____

Adresse: _____

Sind Sie:

Zuzahlungsbefreit Zusatzversichert Beihilfeberechtigt

Wollen Sie an Ihren Vorsorgetermin erinnert werden? Ja Nein

Haben Sie eine abweichende Rechnungsadresse? Ja Nein

Wichtige Fragen zu Ihrem Gesundheitszustand:

(Ihre Angaben werden streng vertraulich behandelt und unterliegen der ärztlichen Schweigepflicht!)

Leiden Sie an:

Diabetes Herz-, Kreislaufbeschwerden Blutungsneigung

Infektionskrankheiten (Aids, Hepatitis, TBC etc.)

Allergien, wenn ja welche? _____

Wichtige Medikamente und Besonderheiten:

ASS, Marcumar Endokarditis- oder Antibiotikaphylaxe

Sonstiges: _____

Ich bestätige die Richtigkeit meiner Angaben,

Lüdenscheid, den _____

Unterschrift